

退院・退所状況記録書（記入例とポイント）

様式3

使用上の注意

本シートは、ケアマネジャーが医療機関等から情報を得て記入するシートです。課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられます。

退院・退所情報記録書（ケアマネジャー用）

（記入日） 年 月 日

1. 利用者(患者)基本情報について

フリガナ 患者氏名	おうしゅう はなこ 奥州 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	S××年×月×日生(84)歳
住所	〒 奥州市〇〇	電話番号	××-××××	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更(申請日 × / ×) <input type="checkbox"/> 未申請			
入院(所)先	〇〇病院	主治医	〇〇	
入院(所)日	×年×月×日	特記事項(医療的処置などのコメント記載)		
主病名	誤えん性肺炎、〇〇癌	誤えん性肺炎による発熱のため入院。抗生剤の点滴により症状改善した。当初は誤えんが頻繁に見られ、吸引が必要だったが、食事時のポジショニングにより、食事摂取が可能となった。		
主症状	発熱、咳、痰			
既往歴	〇〇骨折			
<input type="checkbox"/> 意識障害 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下(<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 皮膚の感覚 <input type="checkbox"/> 痛覚 <input type="checkbox"/> 褥瘡) <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 浮腫() <input type="checkbox"/> 疼痛() <input type="checkbox"/> 拘縮()				

2. 受け止め/意向★

	<本人>	<家族>
病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名の告知: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 病状の説明は家族にしてほしい	病状が進行していくことは理解している。延命治療の希望はない。
退院(所)後の生活に関する意向	夫や娘の支援を受けながら家で暮らしたい	本人の意向に沿って自宅で生活できるようサービスを利用したい。

3. 課題認識のための情報★

	退院(所)後に必要な事柄		退院(所)後の生活の目標、整えることが望ましい事項
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		自然排尿が困難 留置カテーテル次回/交換予定 排便がない時は浣腸が必要
看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input checked="" type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> その他 ()		全身状態の観察が必要
リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> その他 ()		立位や足ぶみ等の継続が必要
禁忌事項	禁忌の有無: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 禁忌の内容・留意点:	退院(所)後の日常生活に関する留意事項	入院後、筋力低下がみられる。体調や気分により、動作に波があるため、家族やデイサービス利用時の声かけが必要。 夫も持病があり、三女も多忙のため自宅療養が難しい状況。
症状・病状の予後・予測	今後、急変の可能性あり。 食事量や体力の低下が予想される。 飲み込みが悪くなっており、誤えん性肺炎を繰り返すおそれあり。		
退院(所)予定日	×年×月×日	退院(所)後の医療機関名	〇〇病院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
次回受診日	×年×月×日 (〇〇)科	バイタルサイン <input type="checkbox"/> 直近 <input checked="" type="checkbox"/> 平均	(体温) ×× (脈) ×× (血圧) ×× (排便状況・最終排便) ×/×

★=介護報酬 退院・退所加算に関連

■各項目で聞き取った内容は、課題整理の覚え書きとして記録します。

■看護の視点で終末期にチェックが付いた場合は、訪問看護等サービスにつなげることを意識しましょう。

■リハビリにつなげる視点でも情報収集しましょう。

■必要に応じて看取りや延命治療の希望についても記載します。

■例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのかなど)について記載する。
 ①退院後に必要な事柄
 ②その他の観点から必要と思われる事項について

■医療機関等から情報を得て記載します。

4. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について★

麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(注)UDFの食形態 <input type="checkbox"/> 区分1 容易にかめる <input checked="" type="checkbox"/> 区分3 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 区分2 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 区分4 かまなくてよい	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食 事 内 容	食事回数	3回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)	食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり ()
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
口 腔	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
排 泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時) <input checked="" type="checkbox"/> カテール・パウチ
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	(<input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時) (次回交換×/×)
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々)	
コ ミュ ニ ケー ション に お け る 問 題 点	視力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	コミュニケーションに関する特記事項: 認知機能の維持のため程よい刺激を	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他			
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 三女、夫 管理方法:)			
服薬している薬の種類、内容	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 下記参照			
備考	家族に服薬指導			

■ UDF の食形態
区分の情報
詳細は日本介護食
品協会サイトをご参
照ください。
<https://www.udf.jp/outline/udf.html>



5. カンファレンス 検討事項

住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input checked="" type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他		
福祉用具購入	<input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> シャワーキャリー <input type="checkbox"/> 浴槽台 <input type="checkbox"/> バスボード <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> その他		
福祉用具レンタル	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自走用 <input checked="" type="checkbox"/> 介助用) <input type="checkbox"/> クッション (種類) <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> マットレス (種類) <input type="checkbox"/> その他		
その他サービスの必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイケア <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他		
リハビリ継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 動作訓練、筋力アップ		
区分変更申請の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		
その他検討事項	夫の入院が来月×日～2週間の予定。入院中はショートステイ利用を検討。		

6. 情報交換の履歴

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	×年×月×日	〇〇病院 看護師	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	×年×月×日	〇〇病院 看護師、リハ職、MSW	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	×年×月×日	〇〇病院 医師、看護師、リハ職、MSW	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

■ 情報交換した
日、誰と話したかな
ど記入しておきます。